

Methodische Anmerkungen zur Lebenserwartung und Gesundheit älterer Menschen

Eggen, Bernd; Knotz, Carlo

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Eggen, B., & Knotz, C. (2009). Methodische Anmerkungen zur Lebenserwartung und Gesundheit älterer Menschen. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg*, 7, 16-18. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-412470>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Methodische Anmerkungen zur Lebens- erwartung und Gesundheit älterer Menschen

Dr. Bernd Eggen, Carlo Knotz

Dipl.-Soziologe, Dipl.-Sozial-
pädagoge Dr. Bernd Eggen ist
Referent im Referat „Sozial-
wissenschaftliche Analysen,
Familienforschung Baden-
Württemberg“ des Statis-
tischen Landesamtes
Baden-Württemberg.

Carlo Knotz war Praktikant im
selben Referat.

**Vor dem Hintergrund einer steigenden Lebens-
erwartung ist die Gesundheit älterer Menschen
nicht nur für den Einzelnen, sondern auch für
die Gesellschaft von zentraler Bedeutung. Man
denke hier nur an Aus- und Weiterbildung,
Arbeitsmarkt, Gesundheitssystem, Rente und
Pflege. Es ist deshalb wichtig, zuverlässige
Informationen darüber zu haben, wie sich die
Gesundheit älterer Menschen in den letzten
Jahren und Jahrzehnten verändert hat, wie
sie sich heute zeigt und welche Entwicklungen
künftig zu erwarten sind. Für eine angemessene
Interpretation der dazu vorliegenden Daten ist
es jedoch notwendig, die wichtigsten metho-
dischen Bedingungen und Probleme dieser
Daten zu kennen. Einige von ihnen werden im
Folgenden erläutert.**

Die verschiedenen Studien zur gesunden und
behinderungsfreien Lebenserwartung berück-
sichtigen zweierlei: Erstens den veränderten
Einfluss von Krankheit und Gesundheit auf
das Leben und zweitens Veränderungen der
Mortalität selbst, die zum Anstieg der Lebens-
erwartung geführt haben. Sind in jedem Alter
immer weniger Menschen gesundheitlich beeinträchtigt, führt das in einer alternden Ge-
sellschaft mit steigender Lebenserwartung
dazu, dass die behinderungsfreie Zeit im Leben
zunimmt.¹ Gleichzeitig kann in der Gesellschaft
der Anteil der Kranken steigen, weil immer
mehr Menschen einem erhöhten Risiko aus-
gesetzt sind. Die Ergebnisse zur gesunden
Lebenserwartung berücksichtigen also nicht
nur die reine Quantität, sondern auch die
Qualität der Lebenszeit. Die Zusammenhänge
zwischen Gesundheit, Krankheit und Sterblich-
keit werden dadurch angemessener interpre-
tierbar.

Allerdings weisen die vorliegenden Ergebnisse
zahlreiche methodische Unterschiede und Pro-
bleme auf, welche die Zuverlässigkeit und Gültig-
keit der Ergebnisse einschränken können.
Dies erschwert die Interpretation sowohl von
Entwicklungen in den Staaten als auch von
Unterschieden zwischen den Staaten. Folgende
methodische Unterschiede und Probleme sind
hervorzuheben:²

Kohorten- und kulturspezifische Unterschiede

Die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit
ändert sich im Laufe der Zeit ungeachtet des
tatsächlichen Gesundheitszustandes und kann
sich auch zwischen den Bevölkerungen einzel-
ner Staaten deutlich unterscheiden. Das kann
verschiedene Gründe haben: Einerseits, wenn
sich der Gesundheitszustand in einer Gesell-
schaft insgesamt verbessert, ist der Einzelne
vielleicht seltener bereit, sein eigenes gesund-
heitliches Problem zu tolerieren und eher be-
reit, dies auch in Befragungen zu äußern. Ver-
ändern sich andererseits die Bedingungen
für den Umgang mit einer Krankheit, kann
dies die betroffenen Personen insoweit beein-
flussen, dass sie sich gesünder fühlen, als sie
es tatsächlich sind. Eine verbesserte Umge-
bung kann diesen Personen helfen, trotz ge-
sundheitlicher Beeinträchtigungen aktiver
und selbstständiger zu leben. Sie fühlen sich
weniger krank und berichten daher seltener
über ihre Gebrechen als vorangegangene Ge-
nerationen.

Umgekehrt wiederum können veränderte Dia-
gnoseverfahren, eingeführte „Grenzwerte“
für Krankheiten, öffentliche Gesundheitskam-
pagnen das Bewusstsein einer Bevölkerung
dahin verändern, dass bislang nicht wahrge-
nommene Krankheiten überhaupt erst zum
Thema werden. Verändern sich sozialpolitische
Rahmenbedingungen in einem Staat, wie zum
Beispiel durch eine Pflegereform, kann diese
allein durch ihre Ausgestaltung zu einem An-
stieg der sich in Pflege befindenden Personen
führen.³

Und schließlich kann sich das Antwortverhalten
in Befragungen insofern verändern, als jüngere
Kohorten weniger bereit sind, die Fragen zu
beantworten. Kulturelle Unterschiede, auch
zwischen einzelnen Staaten, etwa in der Nei-
gung, sich gesund oder krank zu fühlen, kön-
nen dazu führen, dass gleiche Fragen bei
gleichem Gesundheitszustand unterschiedlich
beantwortet werden. Das Antwortverhalten
kann sich im Weiteren auch dadurch unter-
scheiden, dass in einzelnen Staaten vor allem
gebrechliche und kranke Personen die Antwor-
ten verweigern, in anderen aber die gesunden.

1 Siehe Eggen, Bernd/
Knotz, Carlo: Wir leben
länger! Aber auch länger
gesund? Aspekte zur
Lebenserwartung älterer
Menschen, in diesem
Heft.

2 Siehe zur Interpretation
der Ergebnisse: EHEMU:
Interpreting health expec-
tancies, Technical report
Nr. 1/2007 sowie Kroll,
Lars E./Lampert, Thomas/
Lange, Carmen/Ziese,
Thomas: Entwicklung und
Einflussgrößen der gesun-
den Lebenserwartung,
WZB Discussion papers
SP I 2008-306, 2008.

3 Vgl. Ziegler, Uta/Dohl-
hammer, Gabriele: Cohort
Changes in the Incidence
of Care Need in West Ger-
many between 1986 and
2005, in: Rostocker Zen-
trum zur Erforschung des
Demografischen Wandels
– Diskussionspapier
No. 12: S. 2.

Messen von Gesundheit und Krankheit durch Maßzahlen und Fragen

Die zahlreichen Indikatoren zum Gesundheitszustand lassen sich im Wesentlichen in 3 Kategorien einteilen. Wird Morbidität über den selbstberichteten Gesundheitszustand oder das Vorhandensein von chronischen oder akuten Krankheiten definiert, werden oft Begriffe wie *gesunde* oder *krankheitsfreie* Lebenserwartung verwendet. Baut ein Indikator auf dem Vorhandensein von Beeinträchtigungen bei alltäglichen Aufgaben auf, werden Begriffe wie *behinderungsfreie* oder *aktive Lebenserwartung* benutzt. Daneben gibt es noch Maße der qualitätsadjustierten Lebenszeit. Sie verwenden graduelle Definitionen von Morbidität und adjustieren die gesunde oder die aufgrund von Erkrankungen verloren gegangene Lebenszeit je nach Ausmaß gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Beispielsweise wird jedem Schweregrad einer Erkrankung bzw. Gebrechlichkeit ein Gewichtungsfaktor zwischen 0 und 1 zugewiesen. Je größer die Einschränkung, desto kleiner ist der Gewichtungsfaktor. Die qualitätsadjustierte Lebenserwartung im Sinne einer mittleren gesunden Lebenszeit wird dann anhand der gewichteten Summe der Lebenserwartungen innerhalb der unterschiedenen Gesundheitszustände gebildet. Zudem können auf ähnlichem Wege die verloren gegangenen Lebensjahre berechnet werden, um beispielsweise die gesundheitlichen Folgen von Risikofaktoren wie dem Tabakkonsum zu quantifizieren.

Die unterschiedlichen Maßzahlen bilden verschiedene Aspekte der Gesundheit von Populationen ab. Sie unterscheiden zudem oft nicht zwischen psychischer und physischer Krankheit.⁴ Auch die Schwere der Krankheit kann nur selten beurteilt werden.⁵ Gleichzeitig sind in den hier ausgewerteten Studien die Fragen zu den jeweiligen Indikatoren unterschiedlich formuliert und bieten unterschiedlich viele Antwortmöglichkeiten an. So ist bei den Maßen der aktiven und behinderungsfreien Lebenserwartung entscheidend, welche Tätigkeiten einbezogen und wie die Einschränkungen skaliert werden. Hinzu kommt bei internationalen Studien, dass Fragen und Antwortmöglichkeiten nicht nur fehlerhaft übersetzt werden, sondern auch in ihren Antwortmöglichkeiten variieren.⁶

Auswahl der Stichprobe

Die meisten Studien befragen nur Personen, die in privaten Haushalten leben. Personen, die zum Beispiel in Altenheimen oder Krankenhäusern leben, werden oft nicht mit erfasst.

Diese Studien liefern keine Ergebnisse zur Gesundheit der gesamten Gesellschaft, sondern nur des Teiles, der außerhalb von Heimen lebt. Verändern sich zudem die politischen Rahmenbedingung, können allein diese schon den „Gesundheitszustand“ einer Gesellschaft verändern, ohne das sich die gesundheitliche Situation der Einzelnen tatsächlich verändert hat. Wird beispielsweise ein politisches Programm aufgelegt, welches die ambulante Pflege zuhause stärker fördert als die stationäre Pflege in Heimen, kann dies zu einer „Verschlechterung“ des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung führen. Denn nun können auch gebrechliche Personen befragt werden, die unter den früheren Bedingungen in einem Heim gelebt hätten. Die fehlende Berücksichtigung von Personen in Heimen erschwert zudem internationale Vergleiche. Denn der Anteil von älteren Menschen in Heimen dürfte erheblich zwischen den einzelnen Staaten variieren.

Auswahl der Datenerhebungen

In Europa wurden in der jüngeren Vergangenheit die gesunden Lebensjahre mithilfe unterschiedlicher Datenerhebungen und Indikatoren berechnet: Zwischen 1995 und 2001 bildete das Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft (*European Community Household Panel* ECHP) die Grundlage, zwischen 2002 bis 2004 waren es Schätzungen der gesunden Lebenserwartung in den EU-15-Mitgliedstaaten durch Extrapolation der Werte aus dem ECHP. Für die neuen Mitgliedstaaten aus Ost- und Südeuropa wurden nationale Quellen und deren Extrapolationen verwendet. Seit 2005 steht die Erhebung EU-SILC (*European Union Statistics on Income and Living Conditions*) zur Verfügung. Ab 2009 soll außerdem der europäische Gesundheitssurvey EHIS (*European Health Interview Survey*) Informationen über die Prävalenz von gesundheitlichen Einschränkungen liefern.

In Deutschland stellen noch 3 weitere Erhebungen Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung bereit: der Bundesgesundheitsurvey (BGS) des Robert Koch-Institutes, der Mikrozensus der amtlichen Statistik und das Sozio-oekonomische Panel (SOEP). Zwischen den Datensätzen und zwischen den einzelnen Erhebungen der jeweiligen Datensätze sind die Fragen und Antwortmöglichkeiten zum Teil unterschiedlich formuliert. Sie unterscheiden sich außerdem hinsichtlich des Zeithorizontes, auf den sich die Fragen bezogen haben, und hinsichtlich der Auswahl der Antwortkategorien.

4 Zum Beispiel das ECHP: „Do you have any chronic physical or mental health problem, illness or disability?“ - „Yes/No“; siehe: www.ehemu.eu/database/metadata.php?id=ECHP_MORBIDITY

5 Eine Alternative im ECHP ist die Folgefrage nach der Einschränkung, die sich aus dieser Krankheit ergibt. Diese wurde allerdings im Befragungszeitraum verändert, was zu veränderten Ergebnissen der Umfrage geführt hat. Eine zweite Frage nach der selbst eingeschätzten Gesundheitssituation wurde nicht verwendet, da hier nur „very good“ (sehr gut) als „nicht krank gilt“; „good“ (gut) wird hier schon als krank gewertet. Siehe dazu auch: www.ehemu.eu/database/metadata.php?id=ECHP_ACTIVITYLIMIT und www.ehemu.eu/database/metadata.php?id=ECHP_SPH

6 Beispielhaft sind die Probleme bei SILC in der Erhebung von 2005, welche die internationale Vergleichbarkeit der Ergebnisse einschränken, siehe Eurostat: Note on the harmonisation of SILC and EHIS questions on health, 2008.

Fazit

Wegen dieser methodischen Unterschiede liefern die Ergebnisse auf der Grundlage der zusammengeführten Daten allenfalls Anhaltspunkte zum Gesundheitszustand etwa der älteren Menschen in einer Gesellschaft. Das gilt auch für die zeitliche Entwicklung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung und für internationale Vergleiche. Zudem stellt sich die Frage, wie schnell und stark ändert sich der Gesundheitszustand einer Bevölkerung? Sind Veränderungen in einem Zeitraum beispielsweise von 10 Jahren vor dem Hintergrund methodischer Unterschiede zuverlässig beobachtbar?⁷ Wem sind in welchem Umfang die Schwankungen im Gesundheitszustand einer Bevölkerung innerhalb dieses Zeit-

raumes zuzuordnen: den methodischen Bedingungen der Studien, den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitszustandes oder diesem selbst? Der vorliegende Beitrag zur wissenschaftlichen Erfassung des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung nennt zwar nur ein paar wesentliche der zahlreichen mit der Erfassung verbundenen methodischen Bedingungen und Probleme, aber schon deren angemessene Behandlung dürfte in Zukunft erhebliche Anstrengungen erfordern. ■

Weitere Auskünfte erteilt
Dr. Bernd Eggen, Telefon 0711/641-29 53,
Bernd.Eggen@stala.bwl.de

7 Siehe zu Veränderungen der gesunden Lebensjahre (Healthy Life Years HLY) bei 65-Jährigen und Älteren in der EU zwischen 1995 und 2005 EHEMU: Are we living longer, healthier lives in the EU?, Technical report Nr.2/2005; EHEMU: Country reports, Technical report Nr.1/2008.

kurz notiert ...

In Baden-Württemberg niedrigste Armutsrisikoquote bundesweit

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus lag im Jahr 2007 in Baden-Württemberg die Armutsrisikoquote bei 10,0 %, das heißt, jeder 10. Baden-Württemberger von Armut bedroht.

Die Armutsgefährdungsquote ist gemäß EU-Definition der Anteil der Personen, die mit weniger als 60 % des mittleren Einkommens der Bevölkerung auskommen müssen. Im Vergleich aller Bundesländer weist Baden-Württemberg die niedrigste Armutsrisikoquote auf, gefolgt von Bayern (11,0 %), Hessen (12,0 %) und Schleswig-Holstein (12,5 %). Die höchsten Armutsrisikoquoten sind in Mecklenburg-Vorpommern (24,3 %) und Sachsen-Anhalt (21,5 %) zu beobachten. Bundesweit betrug die Armutsrisikoquote 14,3 %.

Nach Altersgruppen betrachtet, wiesen junge Menschen, die unter 18-Jährigen mit 12,0 % und die 18- bis unter 25-jährigen Baden-Württemberger mit 15,0 % die höchsten Armutsrisikoquoten auf. Auch bei den Senioren war mit 10,8 % eine leicht überdurchschnittliche Armutsrisikoquote zu beobachten.

Von den erwerbstätigen Baden-Württembergern war nur jeder Zwanzigste (5,1 %) von Armut bedroht, während diese Quote bei den Erwerbslosen um ein Vielfaches höher war (40,3 %).

Ein besonders hohes Armutsrisiko wiesen auch die Haushalte alleinerziehender Mütter und Väter auf, bei denen eine Armutsrisikoquote von 32,4 % ermittelt wurde.

Deutliche Unterschiede waren auch bei Baden-Württembergern mit und ohne Migrationshintergrund erkennbar. Die Armutsrisikoquote der Baden-Württemberger ohne Migrationshintergrund lag bei 7,1 %, bei Migranten mit 18,4 % mehr als doppelt so hoch.

„Späte Elternschaft“ liegt im Trend

Das durchschnittliche Alter der Mütter bei der Geburt eines Kindes ist in den letzten Jahren stetig angestiegen. Vor 20 Jahren lag dieses Durchschnittsalter in Baden-Württemberg noch bei 28 Jahren, 2007 bereits bei 31 Jahren. Noch deutlicher wird dieser Trend zur „späten Mutterchaft“, wenn der Anteil der Geburten von verheirateten Frauen, die im Alter von 35 und mehr Jahren (noch) ein Kind geboren haben, an allen Geburten herangezogen wird: 1987 lag dieser Anteil erst bei 9 %, 1997 bereits bei 16 % und 2007 sogar bei 25 %.

Parallel hierzu hat sich auch der Anteil der Männer, die im fortgeschrittenen Alter (nochmals) Vater werden, stetig erhöht: Vor 20 Jahren waren lediglich 8 % der verheirateten Männer, die Vater geworden sind, 40 Jahre oder älter. Dieser Anteil hat sich seither mehr als verdoppelt. Ebenfalls fast verdoppelt hat sich der Anteil der Männer, die im Alter von 35 bis unter 40 Jahren Vater geworden sind, während sich im Gegenzug die Anteile der unter 30-jährigen Väter annähernd halbiert haben.

Eine der Hauptursachen für diesen Trend hin zur „späten Elternschaft“ wird in der zunehmenden Ausbildungsdauer gesehen. ■